OBSERVATION

N° 42

D'UN

FIBROME GÉNÉRALISÉ

DES NERFS

DE LA VIE DE RELATION ET DE LA VIE ORGANIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 5 AOUT 1885

PAR

Théophile-Barthélémy TOUREN

né à Marsillargues (Hérault)

MÉDECIN DE LA MARINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(Hamelin Frères)

—

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... DOYEN
GRASSET..... } ASSESSEURS
LANNEGRACE.. ..... }

PROFESSEURS :

Clinique médicale	MM. DUPRÉ (✲ C. ✲).
Anatomie	BENOIT (O. ✲ ✲).
Clinique médicale	COMBAL (✲ ✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	CAVALIER (✲).
Physique médicale	MOITESSIER (✲).
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et pharmacie.	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale.	PLANCHON (✲✲).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologique..	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale. Chargé du cours..	SERRE.
Opérations et appareils. id. ..	CHALOT.
Pathologie externe.....	N.

MARTINS (O. ✲), COURTY (✲), I. DUMAS (✲), Profess. honor.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN (✲).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET	MM. MAIRET	MM. TÉDENAT
GRYNFELTT	CHALOT	BLAISE
DE GIRARD	BIMAR	BAUMEL
SERRE	MOSSÉ (✲)	VILLE
CARRIEU	REGIMBEAU (✲)	GRANEL

M. F.-J. BLAISE, *secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. CAVALIER, *président ;*
CASTAN, professeur ;
MAIRET, agrégé ;
MOSSÉ, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

T.-B. TOUREN.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE TOULON

A MONSIEUR LUCAS

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE

A MON AMI

LE DOCTEUR PIERRE COUTEAUD

MÉDECIN DE 1re CLASSE

T.-B. TOUREN.

A MON PRÉSIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR CAVALIER

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TÉDENAT

T.-B. TOUREN.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553210_0086

AVANT-PROPOS

Le 5 mars 1881, entrait dans la salle chirurgicale de l'hôpital maritime de Cherbourg, service de M. le médecin en chef Lucas, un ouvrier charpentier de l'arsenal, nommé Leblond (Alphonse), dont l'observation clinique, suivie pas à pas pendant trois mois et demi, m'a paru assez intéressante pour que j'ose en faire le sujet de ma thèse inaugurale. Qu'il me soit permis, avant de commencer mon travail, de remercier publiquement mon maître, ainsi que mon ami le Dr Pierre Conteaud, médecin de 1re classe de la marine, pour les excellents conseils qu'ils n'ont cessé de me prodiguer, conseils qui ont facilité singulièment ma tâche.

OBSERVATION

D'UN

FIBROME GÉNÉRALISÉ

DES NERFS DE LA VIE DE RELATION

ET DE LA VIE ORGANIQUE

Observation I^re^

Leblond (Alphonse), ouvrier charpentier de l'arsenal, âgé de vingt-cinq ans, de complexion moyenne, a toujours fait son service tout comme un autre. Pas d'antécédents héréditaires, aucune trace de diathèse. Vers l'âge de sept ans, a eu la rougeole; le reste du temps, santé parfaite, appétit excellent; dur à la fatigue, teint rosé habituel. A fait une seule entrée à l'hôpital, pour engorgement ganglionnaire siégeant à la cuisse gauche, dont il attribue la cause à une chute de cinq à six mètres sur les pieds en travaillant à l'arsenal, chute survenue en 1873. A la suite de cette chute, il a ressenti des douleurs sourdes, intermittentes, dans les deux cuisses, principalement à la gauche; puis, un jour, il a constaté avec étonnement que sa cuisse

gauche présentait des nodosités douloureuses à la pression ; ces nodosités ont augmenté insensiblement de volume.

Des applications de pommade hydriodatée, des badigeonnages à la teinture d'iode, des bains de mer et de l'iodure de potassium pendant un mois, restèrent sans effet. L'homme reprit son service et garda ses nodosités sans en être bien incommodé, quoique par les changements de temps (trop chauds ou trop froids) elles fussent le siége de douleurs assez vives pour le gêner dans son travail.

Vers le milieu du mois de février 1881, les douleurs commencèrent à revêtir le caractère aigu des élancements pendant la marche. Leblond fit quelques frictions à l'alcool camphré, mais sans résultat aucun ; plus tard, s'apercevant que sa cuisse grossissait toujours, il consulta un médecin de la ville, qui ordonna des cataplasmes. Il resta trois semaines en traitement chez lui, et, le volume de la cuisse ne cessant de s'accroître, il demanda son admission à l'hôpital de la marine. A son entrée, le malade est pâle ; il vomit à chaque repas ; peu d'appétit.

La cuisse gauche est fortement tuméfiée, surtout à sa partie interne. Mensuration = $0^{m}59$, sans changement de couleur à la peau, sans vascularisation veineuse appréciable. A la palpation, on sent, dans une étendue de $0^{m}12$ et dans la direction des vaisseaux, un chapelet à gros grains comme soudés à la partie inférieure et à grains plus volumineux encore dans la partie supérieure, le milieu environ du triangle de Scarpa.

Ce cordon, mobile sous le doigt qui le touche à différentes hauteurs, donne une sensation analogue à celle du tendon rotulien.

A 5 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, on constate l'existence d'une tumeur qui paraît être de même nature que celle dont la réunion constitue le cordon signalé, de la grosseur d'une noix, et où le moindre attouchement provoque d'assez vives douleurs ; quelques nodosités siégent encore à la cuisse gauche, en dehors du cordon induré principal, et à la cuisse droite, sur le trajet des vaisseaux, où elles sont moins volumineuses, moins conglomérées et moins douloureuses qu'à gauche. Notons aussi des indurations cy-

lindroïdes mobiles en divers points du bras gauche, à l'avant-bras, sur le trajet de la radiale et le long des dernières côtes.

Nous n'avons rien trouvé d'anormal sur le membre supérieur droit. Pas d'engorgement ganglionnaire, soit aux creux poplités, soit aux aisselles, soit au cou, soit à la face.

Pas de troubles de la voix ni de l'appareil respiratoire; rien d'anormal du côté du cœur; tracés pris sur les deux radiales exactement comparables. La tibiale postérieure se sentait assez bien derrière la malléole interne, moins bien cependant qu'à droite; quant à la poplitée, on la sentait très-difficilement. Pas de retard sur le pouls radial.

L'intelligence du malade est intacte; pas la moindre absence; pas de perte de la mémoire, pas de convulsions, pas de contracture, pas de paralysie. Pas de douleur à la pression, forte ou faible, sur les apophyses épineuses de toutes les régions de la colonne vertébrale; pas de troubles de la motilité. Attitude normale: le malade marchait droit devant lui, sans aide, et aussi bien les yeux fermés que les yeux ouverts. Pas d'incoordination des mouvements : il saisissait les objets qu'on lui tendait, ou qu'il voulait prendre, d'une main assurée et sans faire de zig-zag. Jamais de douleurs en ceinture, jamais de fourmillements, jamais de sensation de froid aux extrémités inférieures; les divers modes de sensibilité au tact, à la pression, à la température, au chatouillement, à l'électricité, se percevaient parfaitement et sans retard aucun; ni analgésie, ni anesthésie douloureuse; seulement les quelques douleurs spontanées ou provoquées par la pression sur le trajet des nodosités. La miction et la défécation s'accomplissaient avec régularité. L'analyse de l'urine reste négative.

Les appareils passés en revue, revenons au point capital: à la tumeur.

Cette tumeur, dont la surface et la forme pouvaient être comparées à celles du cœur, était limitée par un triangle à bords arrondis, dont la base, parallèle au pli de l'aine, était située en haut et venait couper le triangle de Scarpa vers sa partie moyenne. Le côté gauche commençait à 2 centimètres en dehors des vaisseaux et aboutissait à la pointe de

ce même triangle; le côté droit partait du bord interne de la cuisse et venait compléter la figure en décrivant une convexité interne. La surface de cette tumeur était dure, les bords en étaient mousses; aucune inégalité, pas de point plus ou moins fluctuant. En plongeant, par une pression graduée, les extrémités unguéales des deux mains, réunies obliquement d'abord et parallèlement ensuite, sous la tumeur, dans le double but d'en explorer la face inférieure, si possible, et d'examiner l'état des vaisseaux, nous avons constaté que la néoplasie paraissait sessile sur une large base, et que cette base, masquant le vaisseau, empêchait d'en percevoir les battements, sauf peut-être sur un point et tout à fait en dehors. « En mouillant avec de la salive la surface de la tumeur et regardant ensuite obliquement cette surface, légèrement déprimée par les doigts (Broca) », le miroitement de la lumière, réfléchie sur cette mince couche de liquide, rendait visible une faible pulsation; mais à la palpation, pratiquée soit avec la pulpe de l'index, soit avec la main à plat, on ne percevait aucun battement. En comprimant et relâchant alternativement la tumeur, on n'obtenait aucune modification du pouls de la tibiale. Le sphygmographe appliqué a donné un tracé d'une amplitude plus grande que sur la radiale. Pas de réductibilité, pas de thrill, pas de bruit de souffle. Divers essais de compression avec une bande de caoutchouc engaînant le membre inférieur tout entier, avec le compresseur de Duval, puis la compression digitale entre le cœur et la tumeur, n'aboutissent qu'à fatiguer le malade et à faire augmenter le volume de celle-ci. Enfin, le 18 avril, la peau est devenue violacée, luisante, moins facilement mobilisable, plus chaude; pas d'œdème; les veines sont dilatées à sa surface; sensation de dureté, sauf en dedans, où l'on sent comme un point ramolli. Mensuration de la cuisse au niveau de la base de la tumeur $= 0^{m},66$.

Celle de la cuisse droite au même niveau . . . . . $= 0^{m},39$.

Différence . . . . . $= 0^{m},27$.

On fait deux ponctions avec l'aspirateur de Dieulafoy : la première donne issue à 200 gr. de liquide sanguinolent; la deuxième, à 800 gr.

d'un liquide plus foncé, contenant quelques caillots de sang, surtout vers la fin de l'opération. On constate alors la présence d'une poche, dans laquelle la canule peut décrire un mouvement de circumduction. La circonférence de la cuisse, après les deux ponctions, avait baissé de 0^m06. Notons qu'à la première ponction, M. le médecin en chef Lucas a vu jaillir à une assez grande hauteur un jet de sang plus ou moins rutilant.

On recommence l'exploration de la tumeur, et l'on constate que les signes du début n'ont pas changé : pas de mouvement d'expansion, pas de bruit de souffle, pas de thrill, pas de crépitation, pas de sensation de déchirement. Le tracé donné par le sphygmographe de Marey est le même; le pouls de la tibiale postérieure est toujours plus faible que celui du côté opposé, mais sans retard sur le pouls radial. L'examen des divers appareils reste négatif. Le malade sent ses forces diminuer, mais insensiblement.

Quinze jours après, le volume de la tumeur ayant dépassé les limites d'avant la ponction, M. Lucas se décide à lier l'artère fémorale à 0^m025 de l'arcade crurale; les lèvres de la plaie sont réunies par une suture entortillée. Pas d'hémorrhagie pendant l'opération: on n'a qu'à faire la ligature de la honteuse externe supérieure ou cutanée. Pas d'hémorrhagie consécutive.

Le 10 mai, la tumeur sanguine, qui n'a cessé de progresser, ressemblait, et comme aspect et comme volume, à un jambon dont le manche serait représenté par l'extrémité inférieure de la cuisse. On incise alors largement la poche au bistouri: le sang qui en sort en nappe est rouge; la cavité est étanchée aussi exactement que possible, au moyen de boulettes de charpie phéniquée, dans le but d'apercevoir, si l'occasion vient à s'en présenter, la lumière d'un vaisseau qui donne; le doigt est promené sur toute la surface, et ne perçoit que le battement affaibli de la fémorale profonde et quelques rugosités disséminées sur la face profonde de la poche; le sang, qui sourd en bavant, ne provient que de la partie interne et antéro-interne de la cavité. Le pansement consiste à bourrer la poche de charpie phéniquée, après injections modificatrices

pratiquées au moyen de l'irrigateur Éguisier; un drain phéniqué est placé à demeure à la partie déclive; par-dessus, pansement de Lister: le tout au milieu d'une atmosphère phéniquée. Même état du pouls tibial après cette opération.

Le 15 mai, se déclare une arthrite du genou gauche. Tout allait bien du côté de la tumeur, lorsque le 28, au moment où l'on craignait la terminaison par suppuration, les manifestations si éclatantes du côté de l'article se calment comme par enchantement, et la gangrène s'empare des parties périphériques de la poche. Le malade succombait le 16 juin.

Autopsie pratiquée 30 heures après la mort. — Le sujet ayant été réclamé par la famille, l'autopsie a été forcément incomplète, à cause du trop court espace de temps laissé à notre disposition. Les deux membres inférieurs et le tronc ont été examinés; les deux membres supérieurs, le crâne et le canal vertébral, ne l'ont pas été.

Examen de la poche et de la circulation collatérale du membre inférieur gauche. — 1° Circulation: L'injection poussée par l'artère iliaque primitive n'a pas reflué dans la cavité de la tumeur. L'ischiatique et ses anastomoses avec les perforantes étaient plus volumineuses qu'à l'état normal; deux ou trois troncs des perforantes, du calibre d'une petite plume d'oiseau, s'abouchaient manifestement dans la partie postérieure de la poche; la fémorale profonde était injectée et présentait à peu près le calibre de la fémorale, laquelle était plus petite d'environ un tiers qu'à l'état normal. La veine fémorale, les saphènes, étaient également pénétrées par la matière de l'injection.

La partie où avait été pratiquée l'incision pour la ligature de la fémorale présentait à la coupe une dureté remarquable; on eût dit qu'on sectionnait un cartilage.

La fémorale profonde se détachait du tronc principal à $0^{m},03$ environ de l'arcade fémorale; immédiatement au-dessus, on sentait une nodosité très-résistante, présentant au toucher la sensation de l'os et solidement adhérente aux parties adjacentes. On la détache avec précau-

tion au scalpel, et on enlève ainsi une tumeur dure, osseuse par places, du volume d'une olive, et dont la face profonde, lisse et légèrement excavée, était en rapport avec l'artère fémorale au point où elle avait dû être liée. Nous nous trouvions en présence d'une ossification partielle de la moitié antérieure du tronc artériel, attendu que, cette ablation faite, la moitié postérieure du tronc nous apparut en même temps qu'un petit caillot rougeâtre, long d'environ 0,01, faisant saillie par le bout supérieur de l'artère, et qu'on enleva sans effort.

Analyse du fragment ossiforme. — Des fragments sont traités par l'acide nitrique, et le phosphate acide qui en est résulté a été décelé par le molybdate d'ammoniaque, lequel a donné la réaction jaune caractéristique. — Le même phosphate acide a été ensuite traité par l'oxalate d'ammoniaque, et un trouble s'est aussitôt manifesté dans la liqueur : les deux réactions indiquaient donc la présence du phosphate de chaux. — Pas d'ostéoplastes.

2° Poche: La poche gangrenée occupait toute la partie interne de la cuisse gauche, et se terminait en bas par un cul-de-sac empiétant sur la partie inférieure du membre; elle offrait dans une grande partie de son étendue l'aspect verdâtre du bronze florentin; dans sa partie supérieure surtout, elle était remplie de tumeurs mamelonnées, probablement névrilémateuses et dégénérées, dont les plus grosses atteignaient le volume d'une noisette, et d'une consistance molle, analogue à celle de la matière caséeuse. — Le fémur était sain.

Système nerveux. — Les nerfs de la vie de relation, aussi bien que ceux de la vie organique, sont considérablement augmentés de volume, un peu plus toutefois à droite qu'à gauche. La présence sur les membres supérieurs de nodosités mobiles, fait supposer *à priori* qu'ils étaient le siége d'altérations analogues à celles que nous avons rencontrées dans les membres abdominaux.

Nerfs de la vie de relation. — Grand fut notre étonnement, lorsqu'en

cherchant le nerf sciatique nous découvrîmes à sa place un faisceau très-épais, cinq ou six fois plus gros que lui, et formé de deux troncs irrégulièrement bosselés, se bifurquant près de l'échancrure sciatique et accolés d'une manière peu résistante jusqu'au creux poplité. Ces deux cordons présentaient sur tout leur parcours, irrégulièrement distribués, des renflements moniliformes, dont les plus gros n'excédaient pas la grosseur d'une olive. Ce nerf sciatique a été sectionné au-dessous de l'échancrure sciatique ; il présentait, encagée au centre de cette section, une tumeur ronde, blanche, à reflets nacrés, de la grosseur d'une petite noisette, à consistance molle, en un mot offrant l'aspect extérieur d'un myxome.

Un examen plus attentif a permis de constater qu'une substance de même apparence muqueuse (qui a paru n'être qu'une hypertrophie des prolongements conjonctifs qui cloisonnent le sciatique) était interposée entre les tubes nerveux dans une grande étendue de leur longueur. L'artère du nerf sciatique était très-développée. Cette hypertrophie névrilémateuse appartient donc à la fois aux deux variétés *centrale* et *périphérique* décrites par les auteurs.

Quant à sa distribution, le sciatique n'offrait rien d'anormal ; seulement ses branches de bifurcation, ses branches collatérales, musculaires ou cutanées, étaient toutes le siége d'altérations analogues en petit à celles qui ont été décrites plus haut. Signalons en outre un renflement en boule sur une des branches du nerf fessier supérieur ; des varicosités de la grosseur d'un noyau de cerise, échelonnées de loin en loin sur le nerf tibial antérieur ; le volume considérable des nerfs plantaires.

La même hypertrophie régnait sur les branches collatérales du plexus lombaire, plus prononcée cependant sur deux de ses branches terminales : le crural et l'obturateur. Le crural, notamment celui du côté droit, présentait une dilatation considérable. Dans cette partie du nerf qui est couchée sur le muscle iliaque, sa largeur atteignait près de 4 centimètres ; il se rétrécissait lentement dans le reste de son étendue, empiétant en dedans, puisque au niveau de l'éminence ilio-pectinée il

était directement situé au-dessous des vaisseaux qui reposaient sur lui; en ce point, il mesurait environ 3 centimètres du côté droit.

Des deux branches terminales superficielles du nerf crural, l'interne, ou petite branche musculo-cutanée (Sappey), présentait une disposition ganglionnaire plexiforme très-remarquable du côté droit (la partie homologue n'existait pas à gauche, à cause de la tumeur). Le cordon noueux, très-volumineux, signalé dans l'observation, était dû à l'hypertrophie d'une de ces branches cutanées. Les autres branches terminales, perforantes, musculaires, cutanées; le saphène interne et sa branche accessoire, ou nerf de la gaîne des vaisseaux, étaient tous considérablement hypertrophiés. Une mention particulière pour le nerf fémoro-cutané (inguino-cutané externe de Sappey). Cette branche présentait à gauche les particularités suivantes: une tumeur dure, ronde, de la grosseur d'une noix, blanche, à reflets nacrés, était située au-dessous de la crête iliaque, sur le trajet du rameau fessier; le rameau fémoral, très-gros déjà dans sa partie supérieure, s'amincissait progressivement, puis se renflait à sa partie inférieure dans l'étendue de 8 à 10 centimètres sur une largeur de 2 centimètres, à peu près les dimensions et la consistance du tendon rotulien. Les nerfs intercostaux étaient tous, des deux côtés, rubanés et élargis, surtout à la partie moyenne, où ils atteignaient en largeur de 8 à 10 millimètres; leur face paraissait plane, vue de la cavité thoracique; mais, disséqués du côté de la peau, on constatait sur eux la présence de renflements moniliformes plus ou moins régulièrement disposés.

Le calibre du nerf phrénique, des deux côtés, était comparable, dans sa portion intrathoracique, à celui de la branche antérieure de bifurcation du nerf radial; chacun des deux nerfs était pourvu de renflements de la grosseur d'un grain de millet; au cou, le tronc, assez régulièrement cylindrique, atteignait le volume d'une plume de corbeau.

Le nerf pneumogastrique était surtout remarquable par l'hypertrophie extraordinaire dont il était le siége, surtout à droite. Le tronc du nerf, suivi depuis sa sortie du crâne jusqu'à son entrée dans le thorax,

irrégulièrement cylindroïde, pouvait être comparé à l'aorte thoracique ; il grossissait insensiblement de haut en bas.

Nerfs de la vie organique.— Dans leur portion cervicale, thoracique et lombaire, les ganglions du grand sympathique présentaient tous un volume cinq ou six fois fois plus gros que d'ordinaire. Les *rami communicantes* étaient comme soudés par une hypertrophie de leur névrilème, et formaient comme de petits ponts de substance blanche, jetés entre chaque ganglion thoracique et le nerf intercostal supérieur. Les nerfs grand et petit splanchniques, les ganglions semi-lumaires, surtout celui du côté droit, sont également hypertrophiés. Mais le plexus lombo-aortique est surtout remarquable: c'est une intrication indescriptible de renflements ronds ou olivaires de tout calibre, reliés entre eux par des filets innombrables, présentant eux-mêmes des renflements moniliformes. Parmi ces renflements, on en remarquait un vers la partie inférieure du plexus qui se distinguait par sa mollesse plus grande et la sensation de fausse fluctuation. Du reste, l'ouverture de quelques-uns de ces renflements a donné issue à un liquide transparent, comme séreux.

Enfin nous terminerons en signalant l'hypertrophie très-marquée des nerfs qui serpentent à la face inférieure du foie.

Examen histologique. — L'examen histologique seul devait nous éclairer sur la nature de la néoplasie. On a tout naturellement commencé par la branche terminale interne du crural droit, que nous avons vue absente à gauche, à cause de la tumeur ; ensuite nous sommes passés à l'étude des noyaux incrustant la paroi postéro-externe de cette tumeur, noyaux qui constituaient les derniers vestiges du nerf disparu. Des deux côtés, résultat identique : tissu fibreux, et rien que du tissu fibreux; une substance fondamentale disposée en faisceaux, au milieu de laquelle étaient disposées des cellules plasmatiques anastomosées les unes avec les autres, cellules pleines de protoplasma et possédant un noyau. On y trouvait également des vaisseaux qui, dépourvus de

tunique adventice, adhéraient directement au tissu de la tumeur. Pas de tubes nerveux à myéline, pas de fibres de Remak. — Les phréniques, les pneumogastriques, ainsi que les noyaux développés sur le plexus lombo-aortique, ont été examinés à leur tour, et on n'a jamais découvert que du tissu fibreux. Le diagnostic de la tumeur en question pouvait alors, et seulement alors, être posé : *fibrome développé sur le trajet de la branche terminale interne du crural gauche.* Nous avions donc affaire à un fibrome généralisé des nerfs et de la vie de relation et de la vie organique.

Réflexions. — 1° Une chute a été la cause occasionnelle du développement de la tumeur, qui a été prise tout d'abord et traitée pour un engorgement ganglionnaire, erreur qu'on aurait pu éviter si l'on avait bien remarqué la direction suivie par quelques cordons indurés.

2° Se fondant sur les signes fournis par la couleur, le mode d'issue et la coagulation du sang lors des ponctions, ainsi que sur le tracé sphygmographique et la faiblesse du pouls tibial, on a maintenu quelque temps le diagnostic « anévrysme. »

Objections. — Le sang n'était pas d'une rutilance parfaite ; il était assez semblable au liquide qui stagne dans les tumeurs sanguines.

La pression excentrique de la tumeur suffit à expliquer par elle même le jet à une certaine hauteur : une tumeur sanguine peut renfermer du sang parfaitement rouge et qui peut même se cailler dans le vase où on le reçoit (Broca, *Tumeurs*, p. 116). Dans un cas communiqué à la Société anatomique, un vaste épanchement sanguin de la cuisse, ponctionné au bout de neuf mois, était encore très-coloré en rouge et renfermait une grande quantité de globules sanguins. Le kyste contenait 450 gr. de liquide environ (1856, Broca, p. 116).

Richet (art. *Anévrysmes*, paragraphe *Diagnostic*, in Dict. Jaccoud) affirme qu'il n'existe pas de pouls caractéristique de l'anévrysme, contrairement à l'opinion de Léon Lefort (in Dict. Dechambre), et Richet s'appuie sur ce fait que la ligature d'une artère produit les mêmes mo-

difications du pouls qu'un anévrysme. Et, en effet, nous avons constaté que le pouls tibial a conservé les mêmes caractères après la ligature de la fémorale qu'avant cette ligature. Donc le pouls prétendu anévrysmal ne peut constituer un signe de diagnostic différentiel ; la simple compression de l'artère par la tumeur suffit pour expliquer le fait. « Il serait sans exemple, ajoute Richet, qu'un malade atteint d'un anévrysme fût assez insouciant pour ne pouvoir donner quelques renseignements sur le début d'un mal qui en général progresse lentement, donne lieu à des douleurs assez vives, gêne les mouvements du malade et se manifeste par des battements insolites qui ont dû attirer son attention. »

3° La ligature de la fémorale a été pratiquée avec succès, sans hémorrhagie consécutive. Pourquoi ? Peut-être que la compression de l'artère principale du membre par la tumeur n'a pas été étrangère à cet heureux résultat, en préparant les voies de la circulation collatérale, qui s'est faite rapidement.

4° Comment expliquer l'existence du sang contenu dans l'intérieur de notre fibrome ? Conheim a dit avec raison que le développement vasculaire des tumeurs est souvent *atypique*, c'est-à-dire hors de proportion avec la quantité de tissus à nourrir. Cette disproportion peut exister par excès ou par défaut ; et, par exemple, les tumeurs citées comme très-peu vasculaires peuvent, par exception, contenir une grande quantité de vaisseux, ce qui leur a valu l'épithète de *telangiectasiques*. Et Heurtaux (art. *Tumeurs*, in Dict Jaccoud, paragraphe *Évolution*) ajoute : « Les vaisseaux, fort petits et très-nombreux dans beaucoup de cas, sont susceptibles de prendre un développement excessif, montrant des dilatations ampullaires qui donnent à la néoplasie l'aspect d'un tissu caverneux et peuvent masquer tout d'abord la nature vraie de la lésion primitive. Il n'est pour ainsi dire pas de tumeur qui ne soit capable de présenter cette variété. » Il se sera passé quelque chose d'analogue dans l'évolution du fibrome qui nous occupe, fibrome dont les vaisseaux sont dépourvus de tunique adventice : dilatation et dégénérescence des capillaires comme dans les tumeurs érectiles, rupture de quelques-uns

d'entre eux, épanchement de sang, enkystement périgène (Broca) et formation définitive de la tumeur.

5° Quelle a été la cause de la gangrène tardive qui, s'emparant des parties périphériques de la tumeur, a emporté le malade ?

Il est impossible de la mettre sur le compte de la ligature, car elle ne s'est montrée que 25 jours après, et elle a été localisée aux parties adjacentes à la tumeur. Il est préférable de penser qu'elle a pris naissance à la suite d'une inflammation survenue dans les parties les plus périphériques de celle-ci, et que de là elle s'est irradiée tout autour. Et cette inflammation elle-même, quelle en est la source? Peut-être des injections de liquides trop irritants.

HISTORIQUE

Cheselden, le premier, a établi nettement l'existence de tumeurs sur un tronc nerveux. Il s'agit d'une tumeur qui, « développée dans le centre du nerf cubital, un peu au-dessus du pli du bras, était de la nature des kystes et contenait une gelée transparente. » Un contemporain de Cheselden, Camper, est aussi le premier qui ait proclamé l'origine nerveuse des tubercules sous-cutanés douloureux, qu'il assimile à des ganglions, opinion reproduite par Marc-Antoine Petit dans son *Discours sur la douleur*, et par Oppert.

A partir de ce moment, les observations deviennent moins vagues. Les unes ont trait aux tumeurs sous-cutanées: Short rapporte l'histoire d'une femme épileptique, chez laquelle les accès débutaient par un endolorissement extrême d'une petite tumeur située au mollet.

L'ablation de cette tumeur montra qu'elle siégeait sur un nerf, et fit cesser les accidents convulsifs. Siebold, Neumann, ont eu à extirper des tumeurs analogues.

Pour les tumeurs développées sur un gros tronc nerveux, il convient de citer, d'après Descot, les observations de Home, Louis, A. Dubois, Reichius, etc.

Alexander profita des matériaux ainsi préparés pour donner la première étude spéciale sur les tumeurs des nerfs ; il essaya même de déterminer la pathogénie de ces lésions et déclara qu'elles pouvaient prendre naissance dans le névrilème, dans la moelle du nerf, dans les artères, les veines, les lymphatiques de la gaîne ou des différents filets, ou enfin dans la substance nerveuse elle-même.

Avec Odier, de Genève, les tumeurs des nerfs reçurent le nom qui sert encore à les désigner, celui de *névromes*. Odier décrit sous ce titre « une espèce d'anévrysme du nerf dont les fibres auraient été disjointes en manière de parapluie ou de melon, par une matière blanchâtre, jaunie par places et parcourue par de nombreux vaisseaux. » La tumeur procède donc de la substance du nerf. Pour Oppert, au contraire, revenant aux idées de Camper et d'Alexander, le névrome comprend trois espèces : 1° ganglions anormaux ; 2° tuméfaction des nerfs eux-mêmes ; 3° tuméfaction de la gaîne.

Si le point de départ des tumeurs des nerfs était ainsi controversé, il n'en était point de même de leur structure, que l'on s'accordait à reconnaître cancéreuse. Telle est l'opinion soutenue par Delpech, Breschet, Bayle et Cayol, dans des articles sur le cancer ; par Maunoir, etc. Descot la reproduisit dans sa thèse. « Ces tumeurs, dit-il, consistent ordinairement en un tissu squirrheux plus ou moins ferme, parsemé de vésicules ou de petits kystes renfermant les liquides d'apparence sirupeuse, qui appartient au squirrhe ramolli. D'autres fois, la tumeur a paru consister en tissu encéphaloïde, avec des circonvolutions et des contours vermiculaires, comme on en rencontre dans ce tissu morbide. » Descot rattache aux névromes les tubercules douloureux, qu'il dit adhérer à des filets nerveux ou même être constitués par leur expansion. C'était l'époque où Dupuytren professait que ces tubercules sont de nature fibreuse, et niait tout rapport entre eux et les nerfs.

Aronssohn (1822) s'écarta des idées généralement admises. Ce n'est pas au cancer, mais bien à certaines altérations syphilitiques, que le névrome doit être comparé. Il simplifie la division d'Oppert en la rendant plus précise, et distingue des tumeurs provenant de la moelle des nerfs et des tumeurs provenant de l'interstice des nerfs et de leur névrilème. La protestation d'Aronssohn, le fait de Bertrand relatif à un kyste du médian, n'eurent qu'un retentissement médiocre, et l'on continua à regarder comme cancéreuses les tumeurs développées dans les nerfs. C'est ce que fait Lisfranc dans sa *Médecine opératoire ;* c'est dans ce même sens que Roux inspire les thèses de ses élèves

Facieu et Giraudet. Enfin Lenoir, à la Société de chirurgie (1849), conteste la nature névromateuse des tumeurs qui ne sont pas constituées par un tissu anormal comme le cancer.

Dès 1818, Schiffner avait publié deux observations de névromes multiples ; un fait du même genre, observé dans le service de Nélaton, fournit à Houel le sujet d'un mémoire *sur le névrome*. Houel y exposait ses idées sur la structure intime de ces tumeurs, dans lesquelles il admettait deux types principaux : tumeurs fibreuses, tumeurs fibro-plastiques. Les tubercules douloureux sont pour lui de petits névromes ; s'il n'est pas toujours facile de constater leur relation avec les filets nerveux, cela tient à la ténuité de ces derniers.

Ch. Robin et Broca, examinant certaines tumeurs dont la connexion avec le tissu nerveux ne pouvait être niée, les avaient trouvées constituées par du tissu fibro-plastique. Malgré ces faits, malgré l'affirmation de Houel, Lebert, dans un remarquable rapport sur le mémoire de ce dernier, ne voulut voir dans les névromes que des tumeurs fibreuses, dues à l'hypertrophie de l'enveloppe des nerfs, du névrilème.

C'était méconnaître des faits bien observés. Lebert ne fut pas plus heureux en proclamant l'indépendance des tumeurs sous-cutanées vis-à-vis du système nerveux.

En 1854, Mott, de New-York, décrivait sous le nom de *pachydermatocèle* un épaississement de la peau formant tumeur, et caractérisé par l'inégalité de sa surface et la sensation de cordons au toucher.

Malheureusement, l'examen microscopique n'eut pas lieu, et le fait passait inaperçu, lorsque, en 1857, Depaul et Verneuil, se trouvant en présence d'un cas analogue en apparence, enlevèrent la tumeur et découvrirent qu'elle était constituée par l'hypertrophie des cordons nerveux, formant sous la peau un plexus serpentin. De là le nom de *névrome plexiforme*, donné à ces tumeurs par Verneuil.

L'attention éveillée, un certain nombre de faits furent observés, et, en 1867, Margerin, dans sa thèse inspirée par Verneuil, en rassemblait six bien établis.

La même année, Cayzergues publiait un travail apprécié.

Une réaction commençait à se produire en Allemagne contre les idées trop exclusives de Lebert, pour aboutir aussi à l'exclusivisme. Les travaux de Remak sur l'anatomie du système nerveux en furent le point de départ.

Fuhrer avait été amené, par ses recherches microscopiques, à penser que certaines tumeurs des nerfs renfermaient des fibres nerveuses, et Virchow professait que les névromes d'amputation étaient en grande partie formés de ces éléments. Foerster, en 1865, donna un corps à cette théorie, en établissant deux variétés de tumeurs proprement nerveuses : 1° celles qui sont formées par une substance analogue à la substance grise du cerveau ; 2° celles que constituent des fibres nerveuses, lesquelles peuvent contenir de la moelle ou en être privées. Dans ce dernier cas, la confusion avec le fibrome ne peut être évitée à un examen superficiel.

La doctrine allemande trouva dans Virchow un défenseur autorisé. Les travaux de Léon Labbé et Legros sur les névromes sous-cutanés ; de Christot sur le névrome plexiforme, ont donné à ces idées l'appui de la clinique.

Terminons cette revue historique en citant la thèse d'agrégation de Tillaux et la thèse inaugurale de Paul Foucault (Paris, 1872), qui donne sur la question le dernier mot de la science.

En résumé, on peut distinguer trois périodes dans l'historique précédent : 1° une période d'observation, où les tumeurs des nerfs sur une simple apparence ont été considérées comme cancéreuses ; 2° une période chirurgicale, qui les a toutes englobées sous la dénomination de fibromes ; 3° une période anatomique, dans laquelle les progrès de l'anatomie microscopique ont distingué dans les tumeurs un certain nombre de variétés : névromes proprement dits, fibromes, sarcomes, myxomes, carcinomes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs des nerfs peuvent être actuellement classés en :

A. Névromes { médullaires, fasciculés-amyéliniques, fasciculés-myéliniques ;

B. Pseudo-névromes { fibromes, sarcomes, myxomes, kystes, carcinomes, épithéliomes.

1° *Névromes ganglionnaires.* — Serres, publiant deux observations de névromes multiples, croyait avoir affaire à une transformation ganglionnaire des nerfs et donnait à l'affection le nom de *névroplasie*. Cette opinion, adoptée pendant assez longtemps, n'a pas survécu aux progrès de l'anatomie pathologique : bien loin de regarder une telle transformation comme fréquente, on en est aujourd'hui à se demander si elle existe. Le fait publié par Robin lève les derniers doutes qui pourraient exister au sujet de sa réalité. Dans un cas de dégénérescence du plexus solaire, le savant micrographe a noté expressément la présence de cellules de cet ordre.

2° *Névromes fasciculés.* — Un examen microscopique fait superficiellement peut confirmer l'idée d'une tumeur fibreuse, quand on a réellement devant soi un névrome fasciculé. La difficulté d'un diagnostic

précis est d'ailleurs plus grande pour les névromes amyéliniques que pour les myéliniques. Dans ces derniers cas, il suffit de pratiquer des coupes minces et de les traiter par la soude ou l'acide acétique ; rendues plus transparentes, elles laissent apercevoir facilement les fibres à contenu médullaire.

Pour les névromes amyéliniques, il est indispensable d'avoir recours au procédé employé par Reil dans le but de distinguer les nerfs du tissu conjonctif, et qui consiste à faire macérer la pièce dans de l'acide nitrique étendu. De cette manière, on détache les fibres nerveuses de leur stroma conjonctif. « On remarque que les noyaux allongés sont contenus dans les fibres, qu'un grand nombre de ces fibres sont parallèles entre elles, qu'elles forment des faisceaux tout à fait particuliers, qui se distinguent des faisceaux de tissu connectif par l'abondance et l'uniformité de noyaux étroits, de forme ovale allongée. » (Virchow.) Telles sont les difficultés de cet examen, que l'on est autorisé à croire que bon nombre de névromes fasciculés ont été pris pour des tumeurs fibreuses ; ils s'en distinguent, cependant, en ce que les noyaux s'y trouvent contenus, non pas dans de simples cellules, mais dans des fibres à contour double, que l'on peut suivre sur de longs parcours. La coupe transversale de ces fibres est ronde ou au moins arrondie ; jamais on ne trouve, comme dans les fibromes, de coupes étoilées ou réticulées.

Névromes fibreux.— Le névrome fibreux existe-t-il, ou bien ne faut-il voir dans les tumeurs des nerfs décrites comme fibreuses que des névromes hyperplasiques à tubes de Remak ? (Opinion de Virchow.) Aujourd'hui la science possède quelques observations incontestables de névromes fibreux, dans lesquelles se trouvent notées et l'existence d'un petit nombre de tubes de Remak et la prédominance de fibres conjonctives. Le névrome fibreux est constitué par l'hypertrophie du tissu conjonctif normal qui entre dans la constitution du cordon nerveux affecté ; l'altération porte, tantôt sur le névrilème, tantôt sur le périnèvre.

Névromes myxomateux. — Se présentent sous forme d'un gonflement fusiforme, sphérique ou noueux du nerf; ce qu'explique son développement constant aux dépens du périnèvre. Le diagnostic de cette variété est toujours difficile, et quelquefois même après l'ablation; Wilms, cité par Virchow, ne put dans ces conditions éviter la confusion avec un kyste. On s'est même demandé si les faits de névrome kystique, cités par les auteurs, n'étaient pas relatifs à des myxomes; mais la question ne nous paraît pas susceptible de recevoir une solution définitive. La plupart des faits, peu nombreux d'ailleurs, sont relatifs à des tumeurs développées sur un nerf périphérique, comme le radial (Wilms), le péronier (Virchow, Gutteridge), le cubital (Laforgue, de Toulouse), le tibial postérieur (Dolbeau).

Ces pages, empruntées au remarquable article de Poinsot sur les névromes (Dict. Jaccoud), nous montrent que le diagnostic d'une tumeur développée sur le trajet d'un nerf n'est pas toujours chose aisée. Dernièrement, M. Morat (de Lyon) a trouvé des fibres de Remak dans une tumeur prise au premier abord pour un fibrome pur. (Communication orale de M. le professeur agrégé Tédenat.) D'un autre côté, en parcourant les auteurs, je constate que les observations de myxome sont nombreuses, aussi n'oserai-je affirmer que mon diagnostic soit le vrai. Je regrette beaucoup que M. le professeur Ranvier, auquel les pièces anatomo-pathologiques ont été envoyées, ne nous ait pas communiqué de réponse à Cherbourg.

ÉTIOLOGIE

Virchow dit que les tumeurs congénitales coïncident fréquemment avec le crétinisme ; que l'hérédité paraît avoir dans leur étiologie une influence réelle, et, pour démontrer la valeur de cette dernière cause, il cite une observation très-intéressante de Hitchcook. Une femme de trente ans, jusque-là bien portante et dont les parents étaient sains, voit apparaître successivement un grand nombre de tumeurs sous-cutanées, qui sont allées en augmentant jusqu'à l'âge de quatre-vingt-un ans, sans que sa santé ait été autrement troublée. Ces tumeurs, qui se comptaient par centaines, variaient d'une tête d'épingle à la grosseur d'une noix ; elles étaient, les unes dures, les autres molles, ovales, sphériques, aplaties ; quelques-unes pédiculées. Quoi qu'il en soit, sa fille présente, à l'âge de dix ans, une tumeur analogue, et, vers l'âge de vingt-un ans, on lui enlève de la clavicule une tumeur grosse comme un œuf de poule ; enfin, à cinquante ans, on lui extirpe une autre tumeur de la lèvre, sans qu'il y ait eu récidive. — Son frère, à l'âge de vingt-neuf ans, voit survenir une première tumeur au niveau du cubitus, immédiatement au-dessous du condyle interne de l'humérus. Elle s'accroît lentement et, en dehors des pressions fortes, présente une insensibilité complète. A partir de l'âge de quarante-quatre ans, accroissement rapide et douleurs très-vives ; deux ans après, on en fait l'ablation. Cependant il s'était développé d'autres tumeurs sous la peau. Au bout de huit mois, récidive ; la nouvelle tumeur, qui était très-douloureuse, prit un développemet tel, que le bras, mesuré à ce niveau, avait 20 pouces de circonférence. En même temps, le tronc, et particulièrement le dos, étaient parsemés de petites tumeurs pédiculées, ratatinées, dépressibles, dont les plus grosses offraient le volume d'un

pois. Il y en avait aussi à la partie antérieure de la tête. On pratiqua la désarticulation du bras; mais la plaie ne guérit pas, et, sept mois plus tard, le malade mourait d'épuisement. Quant à la nature de la tumeur, Virchow fait observer que « la plupart la tenaient pour fibroplastique; d'autres pour un encéphaloïde; elle se composait de noyaux allongés, qui renferment un ou plusieurs nucléoles. *On peut bien, par conséquent, la regarder comme un névrome amyélinique* (Dict. Dechambre, p. 714). Ici les tumeurs ne se sont montrées que longtemps après la naissance, mais l'hérédité n'est pas méconnaissable; il est fâcheux seulement que la nature même des tumeurs n'ait pas pu être déterminée d'une façon plus précise.

Dans notre observation, ainsi que dans les deux autres que nous placerons à la fin de notre travail, les sujets étaient intelligents, et on n'a jamais constaté d'antécédents héréditaires.

SYMPTOMATOLOGIE

L'absence de douleurs est la règle dans les cas de névromes généralisés. Le fait a frappé tous les observateurs, car il est difficile de s'expliquer cette indolence accompagnant une altération aussi profonde de tout le système nerveux, quand une tumeur isolée détermine parfois des souffrances atroces. C'est à peine si chez certains malades on a observé des douleurs de caractère rhumatoïde; un malade de Houel est le seul qui ait été en proie à une véritable névralgie, mais dans les derniers temps seulement. Même alors que les deux pneumogastriques et les deux phréniques étaient pris, on a pu ne voir aucun trouble de la phonation, de la respiration et de la circulation, comme chez notre malade. Cependant Schenlein cite le cas d'une femme (hypertrophie considérable du ganglion cervical; névromes multiples du pneumogastrique) qui éprouvait de violents accès d'étouffement. (Poinsot). Et Tripier s'exprime ainsi: « Les symptômes généraux, quand ils existent, n'ont par eux-mêmes rien de caractéristique. D'une manière générale, on n'observe, pendant longtemps, aucun trouble fonctionnel, ou bien les symptômes généraux, quand ils existent, n'ont par eux-mêmes rien de caractéristique; parfois on rencontrera des convulsions, mais le phénomène ne s'est présenté qu'exceptionnellement... Les phénomènes de paralysie n'étaient pas en rapport avec le nombre des tumeurs... Dans la plupart des cas, il n'y avait pas de douleurs...» A la deuxième période, dite de dépérissement, la scène change, et les symptômes généraux sont tous prédominants: pâleur, maigreur, anorexie, prostration des forces, agitation et insomnie. Ils ont pu faire croire à des accidents typhoïdes, qui n'étaient en réalité que la conséquence de la perturbation fonctionnelle déterminée par l'évolution de la maladie antécédente.

DIAGNOSTIC

Est-il possible de diagnostiquer une tumeur de cette nature pendant la vie ? La compression du nerf au-dessus de la tumeur est de nature à éclairer le chirurgien hésitant, dit-on : oui, s'il s'agit d'un névrome isolé. Ici impossible, puisque les douleurs étaient intermittentes et que la pression, loin de les faire cesser, les provoquait ou les exaltait, que d'ailleurs des tumeurs analogues étaient développées sur tout le parcours du nerf.

Il n'existe pas de signes susceptibles de faire diagnostiquer les névromes généralisés, si les tumeurs ne sont pas accessibles aux moyens ordinaires d'exploration ; même dans ce dernier cas, on pourra tout au plus reconnaître la période à laquelle est arrivé le mal, quand apparaîtront les symptômes de dépérissement. Or cette deuxième période a manqué chez Leblond.

Je vais maintenant rapporter deux observations qui m'ont paru avoir quelques points d'analogie avec la mienne.

Observation II

Due à l'obligeance de M. Tédenat, in *Mémoires de chirurgie*, 2e série, 2e édition, 1885.

Louis P... âgé de 34 ans, terrassier, entre le 10 juin 1874 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Joseph, dans le service de M. Létiévant. De tempérament lymphatique et bien constitué, cet homme a toujours joui d'une bonne santé : ni syphilis, ni rhumatisme. Rien à noter dans les antécédents de la famille. Il y a deux ans, il commença à éprouver dans tout le membre supérieur gauche, mais surtout dans la main, des fourmillements, sans qu'il y eût d'ailleurs aucune gêne dans les mouvements, ni aucune diminution appréciable de la sensibilité tactile. D'abord ces fourmillements ne survenaient qu'à la suite des efforts de ce membre ; au bout de quelques mois ils devinrent plus fréquents, se produisant sans cause provocatrice évidente ; il s'y ajouta des douleurs vives s'irradiant vers l'omoplate, le moignon de l'épaule, l'avant-bras et la main.

Quand le malade entre à l'hôpital, les fourmillements, les douleurs persistent ; depuis 3 ou 4 mois, il s'y est ajouté des troubles de la sensibilité tactile, de la nutrition et du mouvement. La *sensibilité* est diminuée à la face palmaire du pouce, de l'index ; en certains points même il est possible d'enfoncer profondément une épingle sans que le malade éprouve la moindre douleur ; d'ailleurs, la distribution des troubles sensitifs est très-irrégulière et ne correspond pas à celle du nerf médian, dont la fonction esthésique est du reste profondément en défaut. Quant aux *mouvements*, la pronation de la main est très-imparfaite ; la deuxième phalange du pouce, de l'index, du médius du petit doigt, ne peut être fléchie sur la première ; le mouvement d'opposition du pouce fait défaut. Atrophie très-marquée des muscles de l'éminence thénar, du rond pronateur, du fléchisseur commun. La température

de la main est abaissée. Tout le membre supérieur est sensible au froid.

Le malade s'est aperçu, vers le commencement du mois de mars, de l'existence d'une tumeur qui a augmenté rapidement de volume. Elle fait saillie sous le grand pectoral dans le creux sous-claviculaire, allongée un peu dans le sens vertical ; elle a en ce moment le volume du poing. Plutôt molle que dure, rénitente, elle ne paraît adhérer ni aux muscles, ni aux os, et il est possible de lui communiquer quelques mouvements dans le sens transversal. Une tumeur analogue fait saillie dans la fosse sous-épineuse, au-dessous de l'épine de l'omoplate ; elle est profonde, lobulée, et présente une fausse fluctuation assez marquée. Son volume est celui d'un œuf de poule, autant qu'il est permis d'en juger par l'épaisseur des tissus qui la recouvrent. L'état général du malade est mauvais. Amaigrissement extrême, teint jaune paille, grande faiblesse. Pas d'appétit, digestion lente, diarrhée fréquente. Depuis quatre ou cinq mois, toux habituelle, hémoptysies répétées. Matité absolue dans les fosses sus et sous-épineuses gauches. Souffle bronchique intense de ce côté. Râles sous-crépitants dans toute la moitié inférieure du poumon gauche. Rien d'anormal du côté droit.

M. Letiévant porte le diagnostic de sarcomes multiples, et attribue les symptômes thoraciques à une tumeur du médiastin de même nature que celles qui sont apparentes à l'extérieur.

Le malade succomba le 18 juin.

Autopsie. — Épanchement de deux litres de sérosité dans la plèvre gauche. Une tumeur molle, de couleur gris rose, du volume des deux poings, allongée du haut en bas, est située en arrière de la bronche gauche. Son extrémité supérieure dépasse en haut, de deux travers de doigt, la convexité de la crosse de l'aorte, au-devant de laquelle elle est placée. Son extrémité inférieure dépasse de 0,07ᵉ la concavité de la crosse et se porte un peu en dehors, contre le poumon, qu'elle comprime et auquel elle adhère faiblement. La bronche gauche est refoulée en avant, et son calibre paraît très-peu diminué par la présence de la tumeur,

dont le bord interne arrive à la partie médiane des 3e et 4e vertèbres dorsales. Cette tumeur paraît développée sur le pneumogastrique gauche, qui plonge dans son extrémité supérieure, et dont on peut suivre le trajet dans l'épaisseur du néoplasme. Par une dissection délicate, on voit quelques filets bronchiques postérieurs émerger de la partie moyenne de la face antérieure de la tumeur.

La tumeur axillaire est située derrière le muscle petit pectoral, auquel elle n'adhère pas. Elle a le volume et la forme d'un œuf de poule traversé, selon son grand axe, par la branche interne du nerf médian. Son extrémité inférieure se prolonge dans l'angle d'union des deux branches du nerf médian, dont elle étale les fibres à sa surface sur une longueur de 2c environ. La tumeur recouvre l'artère axillaire entre les deux branches du médian, mais sans y adhérer.

Une autre tumeur de même aspect et du volume d'une noix est située sur le côté externe du nerf musculo-cutané, à son entrée dans le muscle coraco-brachial.

Examen microscopique. — Toutes ces tumeurs sont des myxomes purs. Celle qui s'est développée sur la dixième paire contient plusieurs petits foyers hématiques qui font défaut dans les autres. Par le râclage et par l'expression, on obtient un liquide citrin et sirupeux, dans lequel nagent des cellules arrondies, des cellules fusiformes, de nombreuses cellules envoyant de tout leur pourtour des prolongements de longueur variable, simples ou ramifiés, s'anastomosant avec ceux des cellules voisines.

Le noyau cellulaire est volumineux et se colore fortement en rouge par l'action du carmin. Dans quelques cellules, il est cystoïde et prend alors moins bien la matière colorante. En ajoutant quelques gouttes d'alcool sur la lamelle porte-objet, il se produit des filaments membraniformes qui disparaissent après addition d'eau. Quelques rares fibres élastiques.

La dissociation permet de constater la dégénérescence de quelques tubes nerveux dans la dixième paire et la branche externe du nerf mé-

dian. Sur des coupes transversales de la tumeur développée dans la partie supérieure du nerf médian, on voit dans le périnèvre des éléments globo-cellulaires, des cellules fusiformes et étoilées.

Cette observation se rapproche de la nôtre par l'existence de la tumeur recouvrant l'artère axillaire; elle en diffère par les signes du côté de la sen sibilité, du mouvement et de la nutrition, très-marqués ici.

Observation III

Myxomes du nerf tibial postérieur (in thèse P. Foucault. p. 43)

Alexandre (Joseph), 28 ans, valet de chambre, entre à l'hôpital Beaujon, service de M. le professeur Dolbeau, le 4 décembre 1871. C'est un jeune homme de robuste apparence, d'une bonne santé habituelle et ne présentant dans ses antécédents aucune diathèse. Son père était rhumatisant, sa mère et sa sœur jouissent d'une bonne santé. Il porte en arrière de la malléole iuterne gauche une tumeur qui, depuis quelque temps, est le siége de douleurs assez vives pour l'obliger de quitter son service.

Dès l'âge de 3 ans, il se souvient avoir eu, en dedans de la cheville gauche, une petite tumeur de la grosseur d'une amande à peu près, absolument indolente, ne le gênant pas, à moins qu'il ne se heurtât à ce niveau; et, dans ce cas, la douleur qui en résultait avait une durée de 2 à 3 minutes et s'irradiait jusque dans les orteils. Il cultivait alors la terre, et, comme ces douleurs ne l'empêchaient pas de continer son travail, il n'y attachait aucune importance. Il eut bien à deux reprises une foulure du pied gauche, mais deux ou trois jours de repos suffirent pour qu'il pût se remettre à travailler. A l'âge de 21 ans, sans qu'il se fût heurté, il ressentit des élancements assez violents, ayant pour siége cette petite tumeur, dont le volume restait toujours le même.

Ces douleurs lancinantes et spontanées revinrent à des époques assez

éloignées, à intervalles irréguliers, s'accompagnant d'irradiations dans les orteils, sans que jamais les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne en fussent gênés; du reste, il réussissait à les calmer en plongeant les pieds dans l'eau froide. Ces accès devinrent plus fréquents, et au mois de septembre dernier ils prirent une violence extrême.

A son entrée, on constate: en arrière de la malléole interne gauche, au point précis que le malade indique comme le siége de ses douleurs, une tumeur ovoïde, au niveau de laquelle la peau est mobile et a conservé tous ses caractères. Au toucher, la tumeur est résistante; il semble cependant qu'on peut percevoir comme une légère fluctuation. Les mouvements qu'on lui imprime sont très-limités. L'examen provoque des douleurs vives, pendant lesquelles le pied se porte convulsivement en dehors et en bas, en extension sur la jambe. Ces contractions brusques sont encore plus manifestes quand avec le doigt on frappe légèrement, et par petits coups secs, sur la tumeur. Si l'on interroge le malade sur le lieu de la douleur, il indique très-nettement qu'elle s'irradie dans les orteils, surtout dans les quatre premiers; le cinquième orteil n'est jamais douloureux, et le quatrième moins que les trois autres. Ces douleurs, qu'elles soient spontanées ou provoquées, présententent toujours le même caractère; elles sont comparables à une secousse électrique et jamais ascendantes. Un peu au-dessus de la tumeur et en dedans du tendon d'Achille, le long de son bord interne, il existe encore un ou deux points douloureux; à la palpation profonde, on sent une petite masse plus difficile à circonscrire. A l'aide de l'appareil aspirateur de Dieulafoy, M. Dolbeau fait une ponction exploratrice qui ne donne issue à aucun liquide. Traitement: injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, trois par jour.

Mais, le 11 décembre, un commencement de phlegmon s'étant déclaré, on dut cesser les injections, Le 21, M. Dolbeau fait une incision de $0^{m},08$ dans la direction des vaisseaux tibiaux postérieurs, comme pour la ligature de l'artère. La tumeur est facilement isolée et séparée par une section du nerf tibial postérieur, et en bas par celle de deux rameaux nerveux, à $0^{m},02$ environ du point où ces nerfs plongent dans

la tumeur. Pendant l'opération, le malade, incomplétement endormi, donne des signes d'une vive souffrance. Pansement: charpie alcoolisée.

La tumeur a la forme d'un gros marron; elle a 0,04 de long sur 0,03 de diamètre. A ses deux pôles existent: en haut, une partie du nerf tibial postérieur épaissi, plus gros qu'à l'état normal et granuleux; en bas, deux rameaux de bifurcation également granuleux; entre eux, à la surface de la tumeur, les fibres nerveuses sont étalées en réseau. Sa coupe est blanche, son tissu dense. Un premier examen microscopique y fait voir beaucoup de tissu fibreux et des éléments fusiformes. Le malade alla assez bien jusqu'au 25 décembre. Le soir de ce jour, frissons violents et répétés, et, à partir de ce moment, l'état général devint de plus en plus mauvais. D'énormes abcès se déclarèrent dans les cuisses, les jambes et les bras, et furent ouverts; il s'en échappa un pus mal lié et des gaz d'une fétidité excessive. 6 janvier: soif très-vive, langue sèche, dents fuligineuses, diarrhée abondante, délire subaigu, pas de frissons. Traitement: tous les soirs, 0,50 de sulfate de quinine. Le 7, un peu d'amélioration, bon sommeil, un peu d'appétit, pas de frisson, diarrhée moins abondante, mais sueurs profuses. P. = 110; T. = 39°4. Le 8, délire nocturne, langue sèche, chaleur excessive, expulsion répétée de gaz. P. = 130; T. = 39°5. Le 9, nuit plus calme, sueurs profuses et diarrhée. P. = 124; T. = 38°4. Le 10, délire continu, état typhoïde très-prononcé, sueurs exhalant une odeur cadavéreuse. P. = 130; T. = 39°6. Mort le soir.

Autopsie (11 janvier). Cadavre très-amaigri. Dans les muscles des bras et des cuisses, de nombreux abcès. Tout l'appareil musculaire est pâle, décoloré. Les poumons renferment un petit nombre d'abcès métastatiques; la rate en contient également. Rien d'anormal dans les autres viscères: leur tissu est simplement décoloré; les reins surtout sont très-anémiés. Les nerfs du membre inférieur droit sont mis à nu, ainsi que les vaisseaux. La plaie au niveau de la malléole interne a conservé ses dimensions et ne présente aucune tendance à la cicatrisation. Les bords sont épais, recouverts d'une matière pulpeuse jaune assez

adhérente. La dissection montre que les veines et l'artère tibiales n'ont pas été intéressées par l'opération. Cependant une des veines tibiales postérieures, l'interne, est grosse comme le petit doigt; ses parois sont épaisses et friables et se déchirent avec la plus grande facilité; en l'ouvrant, on fait sortir une grande quantité de pus. La phlébite se prolonge jusque dans la veine fémorale. Cependant, dans aucun des viscères ou des muscles, on ne trouve d'infarctus. Le tronc du nerf tibial postérieur est réséqué dans une étendue de $0^{m}07$; le bout supérieur épaissi est manifestement granuleux; il en est de même des bouts inférieurs (ceux-ci correspondent aux deux nerfs plantaires). A 0,05 au-dessus de la section du nerf tibial postérieur, existe une tumeur de forme elliptique à grand diamètre (0,04), dirigée dans le sens de la longueur du nerf; le petit diamètre = 0,02. Cette tumeur est plus renflée à sa face profonde que sur sa face interne; au doigt, elle donne la sensation de fluctuation. Elle est d'un blanc opaque, lisse; le nerf tibial dissocié se répand en filaments très-visibles, disposés comme en éventail. Il en est de même au pôle inférieur de la tumeur pour les filaments qui se réunissent pour reconstituer le segment inférieur du nerf. La tumeur est par sa partie supérieure profondément cachée entre la double couche musculaire que forment les jumeaux et le soléaire, et, par sa partie inférieure, elle longe le tendon d'Achille, séparée seulement de la peau par l'aponévrose jambière et de la graisse; les vaisseaux tibiaux sont déplacés, mais nullement comprimés. Dans la lèvre postérieure de la plaie, profondément placée dans la gouttière des tendons, existe une tumeur d'un jaune rougeâtre, un peu molle à la pression: placée en dedans de l'aponévrose, elle se sépare assez facilement de la loge fibreuse qui l'entoure; elle n'est adhérente qu'à son sommet, et en ce point elle paraît avoir des rapports avec une petite branche collatérale du tibial postérieur. Nous disons « paraît », car on ne voit pas les filets nerveux s'irradier à sa surface, et le nerf semble seulement côtoyer sa grosse extrémité; son volume et sa forme sont ceux d'une amande. Tous les autres nerfs sont normaux; cependant, sur le collatéral plantaire interne du troisième orteil existe aussi une petite tumeur; elle est grosse comme une lentille et très-dure.

Examen histologique. — La tumeur principale, conservée dans l'alcool, est examinée le 27 janvier. Elle est formée d'une enveloppe fibreuse et d'un contenu demi-solide. Sur des coupes faites dans le sens de la longueur, on trouve, comme éléments constituants de la membrane d'enveloppe, des cellules fusiformes très-allongées, fréquemment anastomosées entre elles, très-évidentes quand la préparation est traitée au carminate d'ammoniaque. Entre elles, les réunissant, existe de la matière amorphe finement granuleuse. Les nerfs étalés à sa surface sont parfaitement sains. En faisant des coupes plus profondes, on trouve des vaisseaux capillaires assez nombreux, dont on distingue très-bien l'épithélium. Du reste, dans plusieurs points, même à l'œil nu, la coupe a une coloration rougeâtre, indice de nombreux vaisseaux. Dans tous les autres points, la tumeur est formée par des cellules pâles, fusiformes ou stellaires, anastomosées entre elles, un peu moins longues que celles de la membrane d'enveloppe. Ce sont évidemment des cellules plasmatiques de tissu muqueux. Çà et là on rencontre de petites cellules arrondies renfermant un noyau, sans connexion avec le réseau des cellules plasmatiques. Sur les coupes transversales, pas plus que sur les coupes longitudinales, on ne trouve de tubes nerveux.— La seconde tumeur est essentiellement constituée par des cellules de tissu muqueux, mais beaucoup moins développées.

Cette observation, faite avec un vrai talent descriptif, diffère de la nôtre en ce que les signes fournis par la sensibilité sont devenus de plus en plus précis à mesure que la maladie avançait; elle s'en rapproche en ce que l'examen histologique a démontré la présence dans la tumeur de nombreux capillaires et l'absence de tubes nerveux.

Je terminerai enfin cette étude par l'observation suivante, faite à l'hôpital Saint-Éloi (service de M. Tédenat) :

Observation IV

Tumeur de la région postérieure de la cuisse. — Ablation. — Pansement ouvert (fibro-chondrome développé autour du nerf sciatique).—(Extraite de la thèse d'Eugène Pech sur la réunion immédiate. Montpellier, 1884. Observation XXXII, p. 89.)

Marie S..., couturière, salle Notre-Dame, 26. Bonne constitution; complexion forte, quatorze ans.

S'est aperçue, il y a deux ans, de l'existence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf à la région postérieure de la cuisse gauche. La tumeur, indolore, irréductible, reste un an et demi sans gêner la malade. Il y a six mois, la station assise est devenue fatigante, et le redressement de la cuisse difficile, lorsqu'elle est restée fléchie un certain temps. Le volume a beaucoup augmenté en même temps, mais la marche n'est point gênée.

Actuellement, la tumeur, d'un volume considérable, 0,29 dans son diamètre longitudinal; 0,08 dans son diamètre transversal, et même 0,10 dans certains points, est unie, de consistance solide, mais variable dans certains endroits. Prolongements arrondis du côté de la courte portion du biceps, du creux poplité, etc... Elle est séparée de la peau par une couche musculaire. La peau a sa coloration et sa mobilité ordinaires.

5 mai 1884. — Injection de morphine. Chloroforme. Sommeil facile. Incision verticale; peau et tissu cellulaire écartés; biceps séparé du demi-tendineux et maintenu par un aide. La tumeur est traversée par le sciatique comme par une broche; le nerf paraît sain.

La gaîne du nerf semble avoir servi de point de départ à la tumeur. Le nerf est respecté par l'opération, rendue très-laborieuse, et qui dure une heure et demie. La tumeur envoie des prolongements très-haut; elle est enlevée par morceaux; elle est dure, fibreuse, crie sous

le couteau, adhère fortement à la courte portion du biceps et pèse environ 500 grammes. Peu d'hémorrhagie; on ne peut lier qu'une ou deux petites artérioles ; les perforantes ne sont pas trouvées. La plaie, très-considérable, est profonde et occupe presque toute la longueur de la cuisse. Tampons de coton boriqué dans la plaie. Pansement ouato-phéniqué. Par crainte d'hémorrhagie, il n'est pas fait de réunion. Choc traumatique violent. La malade passe le reste de la journée à crier et à vomir. Pouls petit et fréquent. Potion avec morphine.

L'examen histologique, fait par M. Estor, montre que la tumeur est un fibrome, avec quelques cellules cartilagineuses et de très-rares fibres musculaires lisses. (Communication orale de M. Tédenat.)

6. — État général meilleur. Le pouls se relève.

8. — Sommeil. Léger suintement sanguin dans le pansement. Drain dans la profondeur de la plaie. Iodoforme en couche très-légère. Vomissements.

10. — Les vomissements ont cessé. Pulvérisation phéniquée sur le pansement, sans odeur.

12. — Plaie en bon état. Lavages. Vin de quinquina. Bouillon. Côtelette. La cicatrisation se continue lentement, sans accidents.

Le 1er juillet. — Les muscles sont rapprochés; la plaie a encore 0,15 à 0,16 dans le sens vertical, et 0,06 à 0,08 dans le sens transversal. La sensibilité est conservée dans la jambe et le pied.

Vu :
Le Président censeur,
CAVALIER.

Vu et bon à imprimer :
Le Doyen,
A. CASTAN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!